

Tình trạng thể lực gây cản trở cuộc sống gia đình	7	5.1	32	23.2	93	67.4	6	4.3
Tình trạng thể lực gây cản trở hoạt động xã hội	12	8.7	54	39.1	63	45.7	9	6.5
Khó khăn tài chính	37	26.8	9	6.5	62	44.9	30	21.7

**Nhận xét:** Gần một nửa người bệnh gặp khó khăn khi tập trung vào công việc (74.6%). Hơn một nửa người bệnh cảm thấy căng thẳng (76.1%), đặc biệt 2.2% người bệnh căng thẳng rất nhiều. Tương tự có 94.2% người bệnh trả lời rằng cảm thấy lo lắng và 2.2% người bệnh lo lắng rất nhiều. Người bệnh cũng cảm thấy buồn chán (69.6%) nhiều, rất nhiều (19.6%) và gặp nhiều khó khăn khi phải nhớ lại một sự việc (53.6%). Kể từ khi mắc bệnh tình trạng thể lực của người bệnh cũng gây cản trở cuộc sống gia đình nhiều (71.7%) và gây cản trở hoạt động xã hội (52.2%). Đa số người bệnh cho rằng cảm thấy khó khăn về mặt tài chính, đặc biệt 21.7% người bệnh thấy ảnh hưởng rất nhiều tới khả năng chi trả cho việc điều trị và sinh hoạt hàng ngày.

## V. KẾT LUẬN

Gánh nặng kinh tế và yếu tố liên quan đến BHYT, sự hỗ trợ của gia đình, cơ sở y tế và xã

hội (hỗ trợ tài chính, vật chất; hỗ trợ tâm lý – xã hội cho bản thân người bệnh; cung cấp kiến thức về bệnh ung thư, cách phòng tránh cũng như cách chăm sóc bệnh...) có vai trò rất quan trọng ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen Jan. et al. (2012). The Socioeconomic Burden of Cancer in Member Countries of the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) - Stakeholder Meeting Report. Vol. 13. 407-9.
2. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Lê Thanh Đức. (2008). Bệnh ung thư phổi. Nhà xuất bản Y học.
3. Chính phủ (2015). Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2025, chủ biên.
4. EORTC Quality of Life Department, the date of access 10/9/2022, at website <http://qol.eortc.org/questionnaires/>.

# KẾT QUẢ TÁI CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ RÒ LOẠI 1B TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT STENT GRAFT ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

Lê Đức Tín\*, Lâm Văn Nút\*

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Điều trị phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch là phương pháp phổ biến và đang dần thay thế phẫu thuật. Biến chứng rò sau can thiệp điều trị phình gặp trong khoảng 15 –21% trường hợp [1],[2]. Hầu hết được giải quyết bằng can thiệp nội mạch nhằm ngăn chặn dòng máu thoát vào túi phình gây tăng kích thước, vỡ sau này. Rò loại 1B gặp trên những trường hợp có thoát mạch vào túi phình ở vị trí đầu xa của stent graft. Việc can thiệp lại đơn thuần hay phối hợp với bít tắc bằng coil, amplatzer hay dùng stent graft có nhánh vẫn đang còn được nhiều tác giả quan tâm. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình 70,4 ± 8,2, nam giới chiếm đa số, tăng huyết áp và hút thuốc lá chiếm tỉ lệ lần lượt 93,3% và 73,3% mẫu nghiên cứu. Hầu hết các trường hợp ghi nhận có yếu

tổ nguy cơ gây rò loại 1B là chiều dài động mạch chậu ngắn và xoắn vặn, lần lượt chiếm 66,7% và 93,3% mẫu nghiên cứu. Đặt giá đỡ có màng phủ kèm bít động mạch chậu trong chiếm 53,3%, đặt giá đỡ có màng phủ đơn thuần chiếm 33,3%. Tỉ lệ thành công về kỹ thuật đạt 100%, tai biến ghi nhận tụ máu chiếm 6,7%, suy thận cấp chiếm 13,3%. Ở giai đoạn theo dõi, tỉ lệ không rò tái phát đạt 86,7% mẫu nghiên cứu.

**Kết luận:** Tái can thiệp điều trị rò loại 1B trên bệnh nhân đặt stent graft điều trị phình động mạch chủ bụng được thực hiện an toàn, hiệu quả, ít biến chứng và tái phát thấp.

**Từ khóa:** rò loại 1B, phình động mạch chủ bụng, can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng.

## SUMMARY

### RESULTS OF RE-ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR TYPE 1B ENDOLEAKS IN PATIENTS WITH ENDOVASCULAR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

**Background:** Endovascular abdominal aortic aneurysm (EVAR) treatment is a standard and fighting open surgery. Endoleaks of complications after aneurysm treatment are encountered in 15-21% of cases[1],[2]. Most are resolved by endovascular

\*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

intervention to prevent blood flow into the aneurysm, causing enlargement and later rupture. Type 1B endoleaks are seen in cases where the blood goes out into the sac at the distal landing zones of the stent graft. The reintervention alone or combined with occlusion with the coil, amplatzer, or branched devices is still attractive to many authors. **Methods:** Retrospective description of case series. **Results:** The study involved participants with an average age of  $70.4 \pm 8.2$  years, mostly male. Hypertension and smoking were the most common risk factors, accounting for 93.3% and 73.3% of the sample, respectively. Among the risk factors for type 1B endoleaks, a short iliac sealing zone and tortuosity iliac axes were the most prevalent, accounting for 66.7% and 93.3% of the sample, respectively. Using a cover stent with internal iliac artery blockage accounted for 53.3% of cases while using a cover stent alone accounted for 33.3%. The technical success rate was 100%, with only 6.7% of complications recorded as hematoma and 13.3% as acute renal failure. During the follow-up period, the rate of no endoleak recurrence reached 86.7% of the sample. **Conclusion:** The study shows that re-intervention to treat type 1B endoleaks in patients with EVAR of abdominal aortic aneurysm is performed safely and effectively, with few complications and low recurrence.

**Keywords:** type 1B endoleak, abdominal aortic aneurysm, EVAR.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng được điều trị bằng can thiệp nội mạch phổ biến trong khoảng 30 năm gần đây. Việc theo dõi sau can thiệp điều trị cũng thường đề cập đến như kích thước túi phình, di chuyển dụng cụ, tắc dụng cụ và nhiễm trùng...Có nhiều phương pháp để chẩn đoán rò nội mạch sau can thiệp nội mạch như siêu âm nội mạch, CT scan bụng có cản quang, MRI hoặc DSA. Tuy nhiên, CT scan được hầu hết các trung tâm tim mạch xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán rò nội mạch. Tỷ lệ phát hiện rò nội mạch tại các thời điểm 12, 24, 36 và 48 tháng lần lượt chiếm 35%, 46%, 51% và 92% trường hợp [3].

Rò loại 1B gặp trong khoảng 15 – 21% các trường hợp sau can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng [1],[2]. Rò nội mạch loại 1B xảy ra ở đầu xa của stent graft, nơi vùng hạ đặt của stent graft không khớp hoàn toàn làm máu thoát ra túi phình từ lòng mạch. Có nhiều yếu tố góp phần gây rò loại 1B xảy ra như kích thước stent graft không phù hợp, giải phẫu không thuận lợi hay di lệch stent graft sau khi đặt...Khi rò nội mạch loại 1B xảy ra, sẽ làm cho túi phình phát triển càng lúc càng lớn và có nguy cơ vỡ. Điều trị rò loại 1B nên được tiến hành càng sớm càng tốt sau khi phát hiện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu mô tả.

**Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 05 năm 2015 đến tháng 05 năm 2020.

**Địa điểm nghiên cứu:** bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả trường hợp có rò loại 1B sau đặt stentgraft điều trị phình động mạch chủ bụng tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Rò loại 1B chỉ theo dõi.
- Rò loại 1B điều trị bằng mổ mở.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Đánh giá kết quả:**

**Đánh giá kết quả can thiệp:** nhỏ hơn 01 tháng sau can thiệp.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp, các yếu tố nguy cơ rò loại 1B, phương pháp vô cảm, loại can thiệp.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: sau khi tái can thiệp không còn ghi nhận rò loại 1B, không xoắn vặn hoặc gập gãy giá đỡ, không gây huyết khối tắc đầu xa khi chụp DSA ngay sau can thiệp, không có biến chứng cắt cụt chi.

- Đánh giá các tai biến can thiệp: tắc mạch, thủng ĐM can thiệp, tụ máu đường vào, suy thận cấp, cắt cụt chi, giả phình đường vào, nhồi máu cơ tim và tử vong.

**Đánh giá kết quả theo dõi:** theo dõi đến tháng 05 năm 2023.

- Đánh giá kết quả : rò loại 1B tái phát
- Biến chứng theo dõi.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu có 15 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

**3.1 Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp:**

**Bảng 1. Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp**

	N (%)
Tuổi	70,4 ± 8,2 (54– 88)
Giới:Nam (%) / Nữ (%)	11 (73,3) / 4 (26,7)
Hút thuốc lá	11 (73,3)
Tăng huyết áp	14 (93,3)
RLCH lipid máu	9 (60)
Đái tháo đường	8 (53,3)
Bệnh mạch vành	7 (46,6)
Bệnh động mạch cảnh	5 (33,3)
Suy thận mạn	3 (20)
Suy tim	2 (13,3)
Tai biến mạch máu não	1 (6,7)

**Các yếu tố nguy cơ rò:****Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ rò.**

Yếu tố	N (%)
Đường kính ĐM chậu lớn (>16 mm)	4 (26,7)
Chiều dài ĐM chậu ngắn (<10 mm)	10 (66,7)
Động mạch chậu xoắn vặn	14 (93,3)
Đường kính túi phình (>65mm)	9 (60)
Đường kính stentgraft chậu(>24mm)	5 (33,3)

**3.2 Phương pháp vô cảm****Bảng 3. Phương pháp vô cảm**

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	12	80
Gây tê tại chỗ	3	20
<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**3.3 Phương pháp điều trị****Bảng 4. Phương pháp tái can thiệp**

Biến số	N = 15	(%)
Nong bóng	1	6,7
Giá đỡ có màng phủ đơn thuần	5	33,3
Giá đỡ có màng phủ+bít chậu trong	8	53,3
Coil	1	6,7
Giá đỡ có màng phủ có nhánh	0	0

**3.4 Thời gian nằm viện****Bảng 5: Thời gian tái can thiệp, thời gian nằm viện**

Thời gian	Trung bình
Thời gian can thiệp (phút)	92,8 ± 21,5
Thời gian nằm viện (ngày)	2,6 ± 1,1 (1- 4)

**3.5 Thành công, thất bại về kỹ thuật:****Bảng 6. Tỷ lệ thành công, thất bại kỹ thuật**

	N (%)
Thành công	15(100)
Thất bại	0(0)
<b>Tổng</b>	<b>15(100)</b>

**3.6 Tai biến tái can thiệp****Bảng 7: Tai biến tái can thiệp**

Biến số	N = 15	(%)
Tắc mạch	0	0
Thủng	0	0
Tụ máu	1	6,7
Giả phình	0	0
Suy thận cấp	2	13,3
Đoạn chi lớn	0	0
Nhồi máu cơ tim	0	0
Tử vong	0	0

**3.7 Kết quả theo dõi****Bảng 8. Tỷ lệ rò tái phát.**

	(N=15)	(%)
Không	13	86,7
Có	2	13,3

**Bảng 9. Biến chứng theo dõi**

Biến số	N=15	(%)
---------	------	-----

Giả phình	0	0
Thông động tĩnh mạch	0	0
Gập gãy giá đỡ	0	0
Tử vong	0	0
<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**IV. BÀN LUẬN**

**Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ:** Nghiên cứu có tỷ lệ nam chiếm hầu hết với tuổi trung bình 70 tuổi. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận hút thuốc lá và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 73,3% và 93,3% mẫu nghiên cứu. Qua đây cho thấy, nhóm bệnh trong nghiên cứu là nhóm lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ cao. Rò loại 1B thường xảy ra khi có các yếu tố nguy cơ như đường kính và chiều dài động mạch chậu không phù hợp, tái cấu trúc lòng động mạch và sự co rút của stent graft sau can thiệp. Động mạch chậu có đường kính quá lớn, chiều dài ngắn được xem là yếu tố nguy cơ gây nên rò sau can thiệp động mạch chủ bụng chậu. Bên cạnh đó, tái cấu trúc lòng mạch cũng thường xảy ra trong khoảng 6 tháng can thiệp điều trị phình động mạch chủ bụng, chiếm khoảng 50% các trường hợp rò loại 1B. Tái cấu trúc thường làm tăng đường kính động mạch chậu so với trước can thiệp, có khi lên đến 1 mm/ tháng [4]. Tóm lại, nhiều tác giả cho rằng các yếu tố nguy cơ sau đây là chính yếu góp phần gây rò loại 1B gồm: đường kính động mạch chậu chung lớn hơn 16 mm, vùng hạ đặt động mạch chậu nhỏ hơn 10 mm, động mạch chậu xoắn vặn, đường kính túi phình lớn hơn hoặc bằng 65 mm và đường kính stent graft động mạch chậu lớn hơn 24 mm. Qua đây cho thấy, nghiên cứu chúng tôi có 2 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao gồm chiều dài động mạch chậu ngắn và xoắn vặn, lần lượt chiếm 66,7% và 93,3% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự một số tác giả [5], [6].

**Phương pháp can thiệp:** Phương pháp vô cảm được dùng nhiều nhất trong nghiên cứu là gây mê nội khí quản, chiếm 80% mẫu nghiên cứu. Điều này cũng phù hợp vì hầu hết là bệnh nhân lớn tuổi, có tăng huyết áp nên việc gây mê sẽ giúp cho vấn đề kiểm soát huyết áp được tốt hơn. Bên cạnh đó, gây mê ưu điểm hơn gây tê tại chỗ vì bệnh nhân không cử động giúp cho quá trình soi chiếu và định vị tổn thương được dễ dàng hơn, góc chiếu được cố định và tránh dùng cân quang nhiều lần do di lệch làm sai trường chiếu. Điều trị rò loại 1B bằng can thiệp nội mạch thường được nhiều tác giả trên thế giới sử dụng. Theo hội Phẫu thuật Mạch máu Châu Âu (ESVS), khuyến cáo can thiệp nội mạch lại để

điều trị rò loại 1B (nhóm I, bằng chứng B) [7], [8]. Tái can thiệp có thể phối hợp với các dụng cụ làm tắc động mạch chậu trong như coil, amplatzer nhằm tạo vùng hạ đặt mới để kéo dài qua chỗ rò. Bên cạnh đó, có thể sử dụng giá đỡ có màng phủ có nhánh cho động mạch chậu trong cũng là một giải pháp thay thế nhằm giữ lại động mạch chậu trong, tránh được thiếu máu nuôi vùng tiểu khung. Ngoài ra, một số trường hợp có thể chuyển sang đặt giá đỡ có màng phủ một nhánh (AUI – Aorto Uni Iliac endograft) kèm làm cầu nối động mạch đùi – đùi. Chúng tôi nhận thấy, trường hợp này có vùng hạ đặt mới phù hợp nếu kèm tắc động mạch chậu trong nên tiến hành can thiệp lại. Nghiên cứu chúng tôi có 8 trường hợp, chiếm 53,3% mẫu nghiên cứu có kèm bít động mạch chậu trong khi tái can thiệp. Vấn đề tắc động mạch chậu trong có làm thiếu máu vùng tiểu khung hay không khi động mạch chậu trong đối bên đã tắc ở can thiệp lần trước. Chúng tôi cũng hết sức cân nhắc vấn đề này, tuy nhiên chúng tôi quyết định làm vì bệnh nhân cũng lớn tuổi không ảnh hưởng nhiều đến rối loạn sinh dục và tuần hoàn bàng hệ từ các vòng nối ngực, bụng đến tiểu khung cũng nhiều. Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận đặt giá đỡ có màng phủ đơn thuần chiếm 33,3% (5 trường hợp) mẫu nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự một số tác giả khác [2], [3].

Chúng tôi chỉ có 1 trường hợp, chiếm 6,7% mẫu nghiên cứu là sử dụng Coil để bít tắc vị trí rò loại 1B. Chúng tôi không nhiều kinh nghiệm về việc dùng Coil để điều trị rò loại 1. Tuy nhiên, nhiều tác giả khác cho rằng việc dùng Coil cũng rất hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân [5]. Thời gian can thiệp trung bình trong nghiên cứu là 93 phút, thời gian nằm viện trung bình khoảng 3 ngày. Điều này cho thấy tái can thiệp điều trị rò loại 1B là phương pháp nhẹ nhàng, nhanh chóng và hồi phục sớm. Bên cạnh đó, thành công về mặt kỹ thuật của nghiên cứu chiếm 100%. Kết quả này cho thấy đây là phương pháp an toàn và đem lại hiệu quả cao cho điều trị rò loại 1B trên bệnh nhân sau đặt stentgraft điều trị phình động mạch chủ bụng. Nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cũng ghi nhận thành công về kỹ thuật tương tự nghiên cứu chúng tôi [3], [9]. Chúng tôi chỉ ghi nhận có 2 trường hợp suy thận cấp, chiếm 13,3% mẫu nghiên cứu. Theo dõi trong thời gian nằm viện, chức năng thận của bệnh nhân hồi phục và có thể xuất viện. Bên cạnh đó, biến chứng tụ máu có 1 trường hợp, chiếm 6,7% mẫu nghiên cứu. Trường hợp này, xảy ra trên bệnh nhân có sử dụng kháng kết tập tiểu cầu

(plavix 75 mg/ngày) kéo dài nhiều năm nên khi rút dụng cụ đường vào, xuất hiện máu tụ. Chúng tôi phải tiến hành mổ mở lấy máu tụ, khâu lại vết chọc kim cũ thành động mạch. Bệnh nhân được theo dõi sau can thiệp, không ghi nhận có tụ máu tái phát.

**Theo dõi:** bệnh nhân được tái khám mỗi tháng, được tiến hành siêu âm khảo sát vị trí điều trị rò cũng như đánh giá toàn bộ cấu trúc động mạch chủ bụng như tưới máu 2 thận, kích thước túi phình sau đặt stentgraft và tưới máu 2 chi dưới... Và bệnh nhân được tiến hành chụp CT scan động mạch chủ bụng chậu tại thời điểm tháng thứ 1 và thứ 12, hàng năm sau khi điều trị phình động mạch chủ bụng. Bên cạnh đó, việc làm các xét nghiệm máu cũng cần thiết khi các dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ về mất máu do vỡ phình tái phát... Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ không rò tái phát chiếm 86,7%, 13 trường hợp mẫu nghiên cứu. Điều này cho thấy hiệu quả của phương pháp tái can thiệp điều trị rò loại 1 sau đặt stentgraft điều trị phình động mạch chủ bụng. Kết quả này cũng tương tự như của tác giả Bianchini Massoni C và cộng sự [9]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận rò tái phát có 2 trường hợp, chiếm 13,3% mẫu nghiên cứu. Trường hợp 1 xảy ra trên bệnh nhân được đặt giá đỡ có màng phủ đơn thuần. Tuy nhiên, sau 2 năm theo dõi bệnh nhân xuất hiện đau bụng âm ỉ kèm rối loạn tiêu hóa. Chúng tôi cho chụp CT scan động mạch chủ bụng chậu phát hiện rò loại 1B. Trường hợp 2 xảy ra trên bệnh nhân được điều trị rò loại 1B bằng nong bóng, bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau âm ỉ, chướng bụng chướng, đầy hơi và sờ vùng hạ vị có cảm giác đập theo mạch. Bệnh nhân được phát hiện rò loại 1B khi chụp CT scan động mạch chủ bụng chậu. Qua đây cho thấy, việc theo dõi và phát hiện sớm các trường hợp rò tái phát là hết sức quan trọng vì giúp ích cho việc điều trị sớm, tránh được các biến chứng nặng nề cho bệnh nhân.

Gần đây, có một số quan niệm cho rằng rò loại 1B có thể theo dõi và tự hết, không ảnh hưởng gì đến diễn tiến vỡ của túi phình động mạch chủ bụng. Tác giả Donnell và cộng sự (2018), đánh giá kết quả theo dõi rò loại 1B không cần can thiệp lại trên 1484 trường hợp can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng (EVAR), ghi nhận hầu hết rò loại 1B tự khỏi mà không cần can thiệp lại sau 1 năm [9]. Điều này càng được củng cố thêm khi nghiên cứu của tác giả Qazi và cộng sự (2019), nghiên cứu trên 337 trường hợp EVAR, ghi nhận có 24 trường hợp rò loại 1B, thì có đến 22 trường hợp rò tự

khỏi sau 2,5 năm theo dõi [10]. Trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng đột ngột như đau bụng, đầy hơi, khó tiêu. Bên cạnh đó, hình ảnh thoát thuốc cản quang làm tăng kích thước túi phình động mạch chủ bụng trên CT scan. Do đó, chúng tôi nhận thấy can thiệp lại nên được tiến hành tốt hơn là tiếp tục theo dõi.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp tái can thiệp điều trị rò loại 1B trên bệnh nhân đặt stent graft điều trị phình động mạch chủ bụng được thực hiện an toàn, hiệu quả và ít biến chứng, tái phát thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zarins CK, White RA, Schwarten D, Kinney E, Dietrich EB, Hodgson KJ, et al. Aneurx stent graft versus open surgical repair of abdominal aortic aneurysms: prospective clinical trial. *J Vasc Surg* 1999;29:292-305.
2. Faries PL, Brener BJ, Connelly TL, Katzen BT, Briggs VL, et al. A multicenter experience with the Talent endovascular graft for the treatment of abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2002;35:1123-8.
3. Zaiem F, Almasri J, Tello M, Prokop LJ, Chaikof EL, Murad MH (2018) A systematic review of surveillance after endovascular aortic repair. *J Vasc Surg* 67(1):320-331.e37
4. Bianchini Massoni C, Perini P, Tecchio T, Azzarone M, de Troia A, Freyrie A. A systematic review of treatment modalities and out-comes of type Ib endoleak after endovascular abdominal aneurysm repair. *Vascular* 2018;26(01):90-98
5. Gaffev AC, Damrauer SM. Evolving Concepts, Management, and Treatment of Type 1 Endoleaks after Endovascular Aneurysm Repair. *Semin Intervent Radiol*. 2020 Oct;37(4):395-404.
6. Coulston J, Baigent A, Selvachandran H, Jones S, Torella F, Fisher R. The impact of endovascular aneurysm repair on aortoiliac tortuosity and its use as a predictor of iliac limb complications. *J Vasc Surg* 2014;60:585-589
7. Schlosser FJ, Gusberg RJ, Dardik A, Lin PH, Verhagen HJ, Moll FL, et al. Aneurysm rupture after EVAR: can the ultimate failure be predicted? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009;37:15e22.
8. Fransen GA, Vallabhaneni Sr SR, van Marrewijk CJ, Laheij RJ, Harris PL, Buth J. Rupture of infra-renal aortic aneurysm after endovascular repair: a series from EUROSTAR registry. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2003;26:487e93.
9. Bianchini Massoni C, Perini P, Tecchio T, Azzarone M, de Troia A, Freyrie A. A systematic review of treatment modalities and outcomes of type Ib endoleak after endovascular abdominal aneurysm repair. *Vascular*. 2018;26(01):90-98
10. Qazi AA, Jaber A, Mironov O, et al. Conservative management of type 1A endoleaks at completion angiogram in endovascular repair of infra-renal abdominal aortic aneurysms with current generation stent grafts. *Vascular* 2019;27(02):168-174.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TÁI NHẬP VIỆN SAU COVID-19 VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN NẪM VIỆN

Đoàn Lê Minh Hạnh<sup>1</sup>, Trần Cao Châu Giang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Tổng quát:** Đa số bệnh nhân COVID-19 nhập viện đều hồi phục và xuất viện ổn định. Tuy nhiên, khoảng 10-20% bệnh nhân nhập viện lại trong vòng 30 đến 90 ngày sau xuất viện. Việc tái nhập viện này có thể dẫn đến các kết cục bất lợi và thậm chí gia tăng tử vong, cũng như đặt ra gánh nặng về kinh tế và y tế cho gia đình và xã hội. Mặc dù vậy, nghiên cứu các đặc điểm và yếu tố nguy cơ khiến bệnh nhân hậu COVID-19 phải nhập viện trở lại sau khi điều trị khỏi COVID-19 vẫn chưa nhiều đặc biệt là về thời gian nằm

viện và các yếu tố nguy cơ liên quan. **Mục tiêu:** mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tái nhập viện sau COVID-19 và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ liên quan đến thời gian nằm viện. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu được thực hiện trên 52 bệnh nhân hậu COVID-19 nhập viện trở lại trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 6 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,48 ± 2,1 tuổi. Trong số đó, tiền sử mắc bệnh COVID-19 nặng và nguy kịch lần lượt chiếm tỷ lệ 27% và 11,5%. Lý do thường gặp nhất dẫn đến việc tái nhập viện sau khi nhiễm COVID-19 là khó thở, ho, sốt và đau ngực. Phần lớn bệnh nhân tái nhập viện (67,3%) cần hỗ trợ hô hấp do SpO<sub>2</sub> < 90% và 38,5% trong số đó cần thở máy. Hầu hết bệnh nhân đều có D-Dimer tăng (trung bình 2029,07 ± 406,61) và CRP tăng (trung bình 50,97 ± 8,95). Hình ảnh đồng đặc trên Xquang ngực thường gặp nhất. Thời gian nằm viện trung bình là 24,5 ngày, đa số (71,2%) bệnh nhân có thời gian nằm viện dài hơn 14 ngày. Khi xuất

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Phục hồi Chức năng-Điều trị bệnh nghề nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Lê Minh Hạnh

Email: hanhldm@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023